Wiesbaden, 8. 28. 4. 91

Aus dem Sanct Josephs-Hospital zu Wiesbaden.

Rachenkrebs. Pharyngotomia subhyoidea. Tod nach 9 Monaten ohne Recidiv.

Von

Dr. Benno Laquer,
praktischer Arzt in Wiesbaden.

(Separat-Abdr. aus Berliner klin. Wochenschrift, 1890, No. 43.)

Aus dem Sanct Josephs-Spital zu Wiesbaden.

Rachenkrebs. Pharyngotomia subhyoidea. Tod nach 9 Monaten ohne Recidiv.

Von

Dr. **Benno Laquer,**
praktischer Arzt in Wiesbaden.

Die primären bösartigen Neubildungen des Pharynx nehmen bezüglich ihrer Häufigkeit eine sehr untergeordnete Stellung ein, während bekanntlich maligne Neoplasmen der benachbarten Theile (Zunge, Lippe, Kehlkopf) weit häufiger zur Kenntniss des Arztes und auf den Operationstisch der Chirurgen gelangen. Winiwarter [1]) beobachtete unter 548 während 8 Jahren auf der Billroth'schen Klinik diagnosticirten Krebsen, B. v. Langenbeck [2]) unter 230 in den Jahren 1850—1856 je nur einen Rachenkrebs, ein englischer Statistiker [3]) unter 520 Carcinomen des Middlesex-Hospitals keinen solchen Fall. Nur Krönlein [4]) hat zufällig oder vielmehr nicht zufällig — denn in der Schweiz kommen auch Krebse [5]) anderer Organe viel häufiger vor — in 7 Jahren 23 Fälle beobachtet, in welcher Zahl allerdings die Mischformen resp. die secundären, durch Uebergreifen von den Gebilden der Mundhöhle auf den Rachen sich entwickelnden Krebse mitenthalten sind. Die Frage nach der Ursache der geringen Häufigkeit des Pharynxkrebses fällt mit der Frage nach der Aetiologie der Krebse überhaupt ziemlich zusammen.

---

1) Winiwarter, Beitrag zur Statistik der Krebse, 1878.

2) Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 24, 1879.

3) Siehe auch das Lehrbuch von König, I, 502, und B. Fränkel, Artikel Pharynxkrankheiten in Eulenburg's Realencyclopadie.

4) Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1887, No. 20.

5) Häberlein, Deutsches Archiv für klinische Medicin, 1889.

Während die Krebsbacillen bisher nur in der Phantasie enthusiastischer Parasitenjäger bestehen und während die von E. Hahn und A. Hanau [1]) experimentell versuchten Uebertragungen von Krebs des Menschen auf Mensch resp. von Ratte auf Ratte — in dem ersten Falle handelte es sich ja nach Virchow mehr um eine Trans- und Implantation von Haut auf Haut — ebensoviel und ebensowenig für die Infectiosität der Krebse sprechen als die Generalisation und die Metastasenbildung der malignen Geschwülste überhaupt, besitzt die Lücke-Cohnheim-Thiersch'sche Theorie der embryonalen Geschwulstkeime immer noch die meisten Anhänger, allerdings mit der Erweiterung, dass auch noch die von Virchow sogenannten chronischen örtlichen Reize mechanischer oder chemischer Natur, die localen Traumen als accidentelle und prädisponirende Momente neben dem Alter, in welchem, wie Thiersch sich ausdrückt, der Grenzkrieg zwischen Epithel und Bindegewebe durch den Schwund und die Relaxation des letzteren zu Gunsten des Epithels entschieden wird und ausser der Heredität in Frage kommen. Das Ens morbi stellt die atypische Wucherung embryonaler „proliferationsfähiger" [2]) Keime, die Causa morbi obige Trias: Alter, Heredität und örtliche Reize dar. Für letztere können neben der allgemeinen Erfahrung, der Statistik und den bekannten älteren Beobachtungen von Th. Frerichs, R. Volkmann (Paraffinarbeiterkrebs), Hauser [3]) auch die jüngsten Beobachtungen von Heinr. Zenker [4]) und Zahn [5]) als Stütze herangezogen werden. An den Pradilectionsstellen für Neoplasmen (Anus, Pylorus, Lippen, Orif. ext., Geschlechtsapparat etc.), welche mechanischen Insulten leichter ausgesetzt sind, grenzen stets entweder verschiedene Epithelformationen an einander, oder die Entwickelungsvorgänge sind so complicirter Art, dass eine Abzweigung und Verstreuung von Keimen in der embryonalen Entwickelung leichter möglich ist [6]). Wenn wir diese Verhältnisse auf die

---

1) Verhandlungen des Congresses für innere Medicin, 1889.

2) Im Sinne C. Hasse's die Beziehungen der Morphologie zur Heilkunde. Leipzig 1878.

3) Ueber das chronische Magengeschwür und dessen Beziehung zum Magenkrebs.

4) Deutsches Archiv für klinische Medicin, Bd. 44.

5) Virchow's Archiv, Bd. 117.

6) Rindfleisch hat sogar in seinen „Elementen der Pathologie" die Eintheilung der Geschwülste im Sinne der embryonalen Theorie und auf Grundlage der W. His'schen Keimblättereintheilung durchgeführt.

Rachenneoplasmen exemplificiren, so ist der Rachen einerseits abnormen, nicht physiologischen Reizen und Traumen nicht so sehr ausgesetzt und besitzt anderseits eine fortlaufende, ununterbrochene Epithelformation; aus diesen Momenten erklären wir uns das so seltene Vorkommen der malignen Pharynxtumoren, von denen wir nach genauer Durchforschung der Literatur etwa 70 Fälle, darunter 50 Carcinome und unter diesen etwa 18 rein primäre Pharynxkrebse an anderem Ort [1]) zusammengestellt haben.

Nach ihrem Sitze können wir die Pharynxcarcinome mit Krönlein [2]) eintheilen in Carcinome des Fornix (die seltensten, meist inoperabel), Carcinome der seitlichen Pharynxwand und endlich retrolaryngeale oder besser retroepiglottische Carcinome, die man auch als Carcinome des Oesophagusanfangstheil bezeichnen kann. Ausser von dem Sitze hängen die Symptome, die solche Tumoren machen, natürlich von der Grösse und dem Stadium des Zerfalls etc. ab. Fornixkrebse können, weil hinter dem Velum liegend und ohne hervorstechende Symptome verlaufend, leicht übersehen oder als einfache adenoide Vegetationen verkannt werden.

Leichter zu erkennen sind die seitlichen Pharynxcarcinome, die von der Gegend der Tonsille ausgehend, bald auf die hintere Pharynxwand, nach vorn auf den Arcus glossopal. und das Velum, nach unten auf die Zungenbasis und die Gegend der aryepiglottischen Falte übergreifen; sehr früh sind lancinirende Ohrenschmerzen, wie auch in unserem Falle, sowie Schmerzen bei der Deglutition, welche natürlich bei der letzten Gruppe, den retroepiglottischen Geschwülsten, neben den Athembeschwerden, den Sprachstörungen, dem Fremdkörpergefühl, dem Hustenreiz, den irradiirenden Schmerzen im Kehlkopf (s. Anamnese unseres Falles) zu prävaliren pflegen.

Die Diagnose ist bei der Gruppe II eine leichte und schon durch Inspection und Palpation festzustellen, wie dies auch Schech (Krankheiten der Mundhöhle) und König (Pitha-Billroth, III, 1. Abth.) angeben und wir bestätigen können; in anderen Fällen reichen aber Inspection [3]) und Palpation nicht aus, wie dies E. Fränkel in seiner jüngsten Publication über

---

1) Therapeutische Monatshefte, Juli 1890.

2) Krönlein, l. c.

3) In unserem Falle konnte vor der Operation trotz vielfacher Versuche ein laryngoskopisches Bild nicht erzielt werden.

den Rachenkrebs [1]) betont und wie dies auch aus der Discussion, die in der Berliner laryngologischen Gesellschaft [2]) über einen von A. Rosenberg vorgestellten Fall von Pharynxtumor von anfangs zweifelhaftem Charakter statt hatte, hervorgeht.

E. Fränkel führt auch Fällle von an der Pars laryngea tiefsitzenden Rachenkrebsen an, die ohne die Schulsymptome des Schluckschmerzes und der behinderten Deglutition verliefen und durch die Heiserkeit und den Larynxstridor eher auf ein schweres Kehlkopfleiden hinwiesen. In solchen Fällen muss der mikroskopische Befund an durch tiefe [3]) Probeexcision gewonnenen Geschwulstpartikelchen die klinische Diagnose mitbegründen helfen.

Was die Prognose des Pharynxkrebses anlangt, so bestätigt sie die alte Erfahrung, dass die Schleimhautcarcinome der Mund- und Rachenhöhle rapide zum Tode führen; die günstigste Zeit der radicalen Exstirpation liegt daher, wie in unserem Falle, nur in dem ersten Stadium des Krebses, in der ein Zerfall der Geschwulst und eine sichtbare Infection der Lymphdrüsen, geschweige denn der benachbarten Gebilde noch nicht eingetreten ist.

Noch vor 30 Jahren galten ja alle Pharynxcarcinome ausnahmslos als inoperabel; erst die Meisterhand von B. v. Langenbeck hat uns die Wege gewiesen, wie selbst an dieser bedenklichen Stelle Carcinosen entfernt werden können. B. v. Langenbeck war der Erste, welcher im Jahre 1862 [4]) in Deutschland den theoretisch von Malgaigne-Vidal und Richet angegebenen Operationsplan am Lebenden zur Ausführung brachte und Langenbeck hat dann später die technische Ausführung und die Indicationen der Pharyngotomia subhyoidea ausführlich und in classischer Form präcisirt [5]).

Der erste Patient (Schlundfibrom) starb 3 Tage nach der Operation, der zweite, im Jahre 1869 operirt (Fibromyxom in der linken Hälfte von Pharynx und Ligamentum aryepigl.), genas. Nachher ist die Operation noch 25 Mal gemacht, unser Fall ist der 28. der sogenannten classischen Pharyngotomia subhyoidea,

---

1) Deutsche medicinische Wochenschrift, 1889, No. 38.

2) Deutsche Medicinalzeitung, 1889, No. 96.

3) Siehe die Discussion der Berliner laryngologischen Gesellschaft, Fälle von P. Heymann und B. Fränkel, l. c.

4) Vor Langenbeck hat nur Prat eine fibrose Geschwulst der Epiglottis mit letalem Ausgang durch die Pharyngotomia subhyoidea zu operiren versucht.

5) Berliner klinische Wochenschrift, 1870, No. 2 und 4.

welche übrigens von Langenbeck [1]) selbst, von Bergmann [2]), Küster, Krönlein etc. verschiedentlich modificirten [3]).

Die Anamnese unseres Falles ist folgende:

Patient Berthold Röhl aus Reichenthal, Amt Rastatt, Hôtelportier, 57 Jahre alt. Die Nachforschungen nach der Familie ergeben, dass der Vater an Schwindsucht, die Mutter an Alterschwäche gestorben ist. Zwei Geschwister, von 7, leben und sind gesund, die übrigen sind jung gestorben.

Patient selbst, war bis zum Beginn seines jetzigen Leidens nie krank, nie luetisch inficirt. Im Juni dieses Jahres verspürte er im Halse das Gefühl, als sei ein Haar quer ausgespannt, das ihm Kratzen im Halse und Husten verursachte. Mit diesen Beschwerden war starke Speichel- und Schleimabsonderung verbunden. Eine wiederholte ärztliche Behandlung mit Kali chloric. und Thee führte keine Besserung herbei, im Gegentheil, die Beschwerden nahmen zu und Patient hatte das Gefühl, als ob ihm ein Knopf im Halse stecke. Es stellten sich besonders beim Schlucken Schmerzen ein, die auf die Ohren, auf den Kehlkopf besonders das pom. Adami irradiirten. Mitte Juli consultirte mich Patient und ich vermochte bei der localen Inspection und Palpation mittelst eingeführten Fingers eine Geschwulst der hinteren Rachenwand zu constatiren. Zu dieser Zeit hatten sich die Symptome so gesteigert, dass er nur flüssige Nahrung und nur unter starken Schmerzen zu sich nehmen konnte. Da ausserdem Athembeschwerden, Brennen im Kopf, Schwäche, Mattigkeit, Schlaflosigkeit und Nachtschweiss hinzutraten, so schlug der hinzugezogene Chirurg, Herr College F. Cramer, dem Patienten die Exstirpation der Geschwulst vor.

Status praesens: Patient ist von grosser Statur, besitzt einen sehr kräftigen Knochenbau, mässig gute Musculatur und geringen Pannicul. adipos., von dem sich die Haut in grossen Falten abheben lässt. Das Gesicht ist leicht cyanotisch gefärbt, abgemagert, Kopfhaar noch vorhanden, ergraut. Die äussere Besichtigung und Palpation des Schlund- oder Kehlkopfes ergiebt keinerlei sicht- oder fühlbare Schwellung oder Prominenz. Der Schlundkopf bewegt sich beim Schlingen, doch verursacht dies dem Patient heftige Schmerzen. Bei Oeffnen des Mundes und Herabdrängen der Zunge sieht man an Zunge, Wange, Gaumen nichts auffallendes; an der Hinterwand des Pharynx bemerkt man eine livide Färbung der Mucosa. Lässt man den Patienten leer schlucken, so rückt an der hinteren Pharynxwand ein etwa 1 cm hohes und circa 4 cm Durchmesser besitzendes, scharf abgegrenztes, weissliches, mit zähem Schleim bedecktes Gebilde von der Form einer Kugelcalotte ins Gesichtsfeld. Dem Gefühl des eingeführten Fingers erweist sich dies Gebilde als Theil eines Thaler grossen Tumors; der bis zur Epiglottis herabreicht und von dieser nur durch einen schmalen Schleimhautsaum getrennt ist. Der Tumor ist der hinteren Pharynxwand vollkommen adhärent und nicht verschieblich, von derber Consistenz, die Ränder etwas erhabener als das Centrum, unregelmässig gebuchtet, lappig. Das Aussehen ist gelbweisslich, im Centrum ins röthliche schimmernd. Die Grösse, wie oben erwähnt, die eines Thalers, Ulceration nicht zu constatiren, ebenso wenig Secretion. Eine Verbindung oder Verwachsung mit benachbarten Theilen ist nicht nachweisbar, ebenso wenig sind die infra-

---

1) Archiv für klinische Chirurgie, Bd. XXIV.

2) Berliner klinische Wochenschrift, 1883, No. 44.

3) Archiv für klinische Medicin, 1884, und in meiner Abhandlung, Therapeutische Monatshefte. Siehe die Geschichte der Operation im Iversen.

maxillaren und cervicalen Lymphdrüsen infiltrirt. Eine beabsichtigte rhinoskopische und laryngoskopische Besichtigung war wegen der heftigen Beschwerden des Patienten nicht ausführbar. Die inneren Organe erwiesen sich bei der physikalischen Untersuchung als normal.

Diagnose: Die Grösse, Farbe, die Consistenz, die Unverschieblichkeit, das langsame Wachsthum des Tumors, die eingetretene Cachexie machten die Annahme eines primären Pharynxcarcinoms fast zweifellos.

Der mikroskopische Befund (siehe weiter unten) bestätigte vollinhaltlich diese Diagnose. Mit Rücksicht auf die Grösse, die Isolation, den Sitz des Tumors, die Zunahme der Beschwerde und die drohende Inanition, wurde beschlossen, denselben durch die von Langenbeck'sche Pharyngotomia subhyoidea zu entfernen.

Verlauf der Operation.

Nachdem Patient einige Tage lang kräftige Nahrung bekommen hatte und dadurch wieder zu etwas besserem Kräftezustand gekommen war, sollte am 9. August 1889 im hiesigen St. Josephsspital die Operation vorgenommen werden. Als der Operateur Dr. Fr. Cramer die prophylaktische Tracheotomie machte, stellte sich eine derartig heftige Dyspnoe ein, dass von der Operation Abstand genommen werden musste und beschlossen wurde, die Exstirpation des Tumors an einem der nächsten Tage vorzunehmen. Die Dyspnoe hatte ihren Grund in einer geringfügigen Verletzung und Blutung der Schleimhaut der Trachea, in Folge deren sich die Canüle immerzu mit Blut füllte. Zwei Tage später, am 11. August, nachdem sich Patient bereits ziemlich gut an die Canüle gewöhnt hatte, wurde die Operation der Geschwulst ausgeführt. An Stelle der gewöhnlichen Canüle wurde eine Tamponcanüle eingelegt, um einen Abschluss der Trachea nach oben und unten herbeizuführen, und durch diese die Chloroformnarkose eingeleitet. Die Operation dauerte wenig mehr als eine halbe Stunde und verlief vollkommen ungestört. Ein ungefähr 6 cm langer Schnitt parallel mit dem oberen Rande des Zungenbeins durchtrennte die Haut und das Zellgewebe bis auf das Platysma myoides, alsdann wurden dieses, sowie die vom Sternum und vom Schildknorpel nach dem Zungenbein ziehenden Muskeln, dann die Membrana thyreo-hyoidea durchschnitten und bis zur Schleimhaut des Schlundkopfes vorgedrungen; diese wurde nun etwas tiefer durch einen ebenfalls dem unteren Zungenbeinrand parallelen Schnitt gespalten, wodurch die Epiglottis und die an der Hinterwand des Pharynx sitzende Geschwulst zum Vorschein kamen. Die erstere wurde mit einem Häkchen gefasst und aus der Wunde herausgezogen. Nachdem nun durch Unterbindung der wenig zahlreichen und nur schwach blutenden Arterien sorgfältige Hämostase bewirkt, wurde der Tumor durch nahezu kreisförmige Umschneidung aus der Wand des Schlundkopfes herausgenommen. Selbstverständlich wurde der Schnitt in solcher Entfernung von der Geschwulst im Gesunden geführt, dass mit grösster Wahrscheinlichkeit alles krankhafte weggenommen wurde. Da keine festen Verwachsungen des Tumors mit der Nachbarschaft bestanden, so liess sich die Trennung aus dem umgebenden Gewebe leicht bewerkstelligen. Nach vollendeter Exstirpation und nach abermaliger Stillung der Blutung wurden zur Vereinigung der Wundränder Suturen angelegt, die Wundhöhle mit Jodoformgazestreifen ausgestopft, die zur Ableitung der Wundsecrete aus den Wundwinkeln heraushingen. Gazeverband.

Der Verlauf der Wundheilung war, abgesehen davon, dass sich im Laufe der Zeit eine Fistel ausbildete, ein durchaus guter. Temperatur-

steigerung oder Erscheinungen von Seiten der Luftwege und der Lungen sind nie eingetreten. Patient konnte bereits am ersten Tage, Abends flüssige Nahrung schlucken, ohne dass irgend etwas davon durch die Wunde herausgeflossen wäre; die so zweckmässige Ernährung durch die Schlundsonde, war aus weiter unten zu erörternden Gründen nicht möglich. Die Wundränder verheilten grösstentheils prima intentione, ein seitlicher Theil, rechts von der Mittellinie platzte, wahrscheinlich in Folge einer ungeschickten Bewegung des Patienten, vielleicht durch eine Hintüberbeugung des Kopfes, und im Anschluss daran bildete sich die oben schon erwähnte Fistel aus, die schräg vom rechten Zungenbeinhorn aus nach innen abwärts zum Pharynx verlief. Allmälig verengerte sich dieselbe, so dass sie im November etwa noch für einen Bleistift durchgängig war.

Die Fähigkeit des Patienten, wieder consistentere Nahrungsmittel zu schlucken, stellte sich anfangs nur theilweis wieder her; eine Sondirung des Oesophagus ergab keinerlei Strictur desselben. Es erschien daher plausibel, diese Deglutionsbeschwerden auf eine, durch die bestehende Senkung des Kehlkopfes — die Entfernung zwischen Schildknorpel und Zungenbein ist etwa doppelt so gross, als normal — herbeigeführte Verschiebung des Oesophaguslumens zu beziehen.

Auch bei der laryngoskopischen Untersuchung ist ausser einer etwas veränderten Lage der Epiglottis zur Zungenwurzel — sie steht mehr senkrecht zu dieser — und der oben erwähnten Senkung des Kehlkopfes nichts besonders Auffallendes sichtbar.

Das Allgemeinbefinden und der Kräftezustand haben sich in den acht Monaten seit der Operation ausserodentlich gehoben. Patient ist bei gutem Appetit, er schläft gut und klagt über keinerlei Beschwerden. Gegenwärtig sind auch noch heinerlei Anzeichen eines beginnenden Recidivs nachweisbar.

Am 15. November wurde auch noch die Fistel operirt und zwar in der Weise, dass die Fistel nach oben und unten durch Schnitte erweitert wurde, wobei sich das Gewebe als sehr derb erwies. Die ganze dadurch entstehende Wunde bekam eine Länge von ca. 5 cm. Hierauf wurde nach Stillung der geringfügigen Blutung die Schleimhaut der Fistel sodann gelöst, die Schleimhauträndер der ganzen Wunde genau mit einander vernäht und der Wundtrichter durch Etagennähte geschlossen. Unter antiseptischem Verbande wurde Heilung per primam in wenigen Tagen erzielt. Die Fistel blieb dauernd geschlossen.

Bezüglich des vorstehenden Falles erübrigt es jetzt noch, in Kürze die makroskopische und mikroskopische Beschaffenheit der exstirpirten Geschwulst beizufügen. Dem blossen Auge präsentirte sie sich als ein über fünfmarkstückgrosses Gebilde von derber Consistenz, gebuchteten, erhabenen Rändern. Sie sitzt der Schleimhaut pilzförmig auf, ohne in das tiefere Gewebe des Pharynx eingedrungen zu sein. Die Oberfläche ist uneben, grau, von zähem Schleim bedeckt, ohne Ulceration, der Durchschnitt wenig blutreich, grau-röthlich; das Gesunde grenzt sich deutlich vom pathologischen Gewebe ab. Mikroskopisch ist eine deutliche alveoläre Bildung mit Epithelwucherung und kleinzelliger Infiltration um die Gefässe, also die charakteristische Structur des Carcinoms zu erkennen.

Aus dem vorstehend geschilderten Verlauf der Operation drängt sich der Schluss auf, dass dieselbe in uncomplicirten Fällen, d. h. solchen, in denen der Tumor noch auf den Pharynx isolirt ist, indicirt erscheint, dass dieselbe technisch keine be-

merkenswerthen Schwierigkeiten bietet, dass sie vor allem auch die Möglichkeit bietet, alles Krankhafte zu entfernen. Auch glauben wir, die prophylaktische Tracheotomie empfehlen zu sollen, da sie in den Stand setzt, die Blutung und Narcose vollkommen zu beherrschen. Dass sie jedoch der Pharyngotomie unmittelbar voraufgehe, wie Iversen [1]) fordert, ist nicht nothwendig, denn in unserem Falle lag zwischen beiden Operationen ein Zeitraum von 3 Tagen, ohne dass die von Iversen gefürchteten adhäsiven Processe in der Tracheotomiewunde entstanden wären, welche die physiologische Beweglichkeit der Theile hätte stören können.

Von der Anwendung der Tamponcanüle, die zur Vermeidung von Schluckpneumonie gefordert wird, ist im vorliegenden Falle Abstand genommen und trotzdem, ohne die gefürchtete Complication mit Mediastinitis, Aspirationspneumonien, Phlegmone, eine Heilung erzielt worden. Die Hauptsache [2]) ist eben nach der Operation die Sorge für genügenden Abfluss der Wundsecrete und der Mundflüssigkeit, insbesondere mittelst energisch aufsaugender Tampons. Die meisten nach Operationen am Kehlkopfe und Schlundrohr entstehenden Pneumonien sind ja septischer [3]) Natur und entstehen auch ohne das mechanische Moment des Hineinlaufens von Blut und Speisetheilen in den Larynx. Aseptische Operation ist der beste Schutz gegen Schluckpneumonie. Die Drainage mittelst Drainröhren wurde durch Streifen von Jodoformgaze vollkommen ersetzt.

Die Ernährungsfrage spielt bei der Pharyngotomie eine grosse Rolle, gleichwohl wird sie von manchen Autoren gar nicht erwähnt. Die Ernährung durch die Schlundsonde ist sicherlich die zweckmässigste, da durch dieselbe eine Berührung oder Verunreinigung der Pharynxwunde durch Speisetheile, die der Fäulniss anheimfallen, ausgeschlossen ist; in unserem Fall konnte Patient per vias naturales genährt werden.

Zum Schluss sei es uns gestattet, uns den beherzigenswerthen Worten Krönlein's anzuschliessen und vor allen jenen oberflächlichen Aetzungen und Verbrennungen dieser Carcinome vom Munde

---

1) Iversen, Archiv für klinische Chirurgie, Band 31.

2) E. von Bergmann, Berliner klinische Wochenschrift, 1883, No. 44.

3) Schüller, Ueber Verhütung von Schluckpneumonien bei Larynxoperationen. Centralblatt für Chirurgie, 1883.

aus, wie sie häufig und gerade oft in den Anfangsstadien der Krankheit geübt zu werden pflegen, dringend zu warnen; diese Encheiresen haben nicht nur keinen Erfolg, sondern wirken durch Begünstigung des Zerfalls und der Propagation des Neoplasmas, sowie durch Beschleunigung lymphatischer Infection direct schädlich. Der Satz „Principiis obsta" gilt auch an diesem Orte in weitestem Sinne. Ist jedoch die Operation mit dem scharfen Messer nicht oder nicht mehr möglich, so beschränke man sich auf die Verordnung desinficirender Gurgelwässer, oder nehme als ultima ratio zur Tracheotomie resp. Gastrotomie seine Zuflucht, das Neoplasma selbst aber lasse man in Ruhe!

Herrn Collegen F. Cramer statte ich auch an dieser Stelle für die freundliche Unterstützung nochmals meinen verbindlichsten Dank ab.

Nachschrift.

Während des Druckes dieser kleinen Arbeit starb Patient im hiesigen Spital unter den Erscheinungen der Phthise und des Verfalls. Die Section ergab als Ursache des Todes ausgedehnte phthisische Veränderungen der Lungen (peribronchitische Herde, sowie eine grosse Caverne in der linken Seite), sowie einen Tumor unterhalb der Schilddrüse im vorderen Mediastinum gelegen, welcher eine Compression des mittleren Oesophagustheils hervorrief. Ueber den Befund an den herausgeschnittenen und an das pathologische Institut in Marburg gesandten Halstheilen entnehmen wir einem uns von Herrn Prof. Dr. Marchand gütigst zur Verfügung gestellten Berichte Folgendes:

An den Halsorganen ist bei der Betrachtung von aussen zunächst auffallend, dass die Entfernung zwischen Zungenbeinkörper und Schildknorpel ungewöhnlich weit und dass diese Gegend durch ein narbiges Gewebe eingenommen ist. An der entsprechenden Stelle an der Innenfläche zwischen Zungenbein und Basis der Epiglottis findet sich eine nach vorn durch das Zungenbein halbkreisförmig begrenzte Vertiefung, in deren Bereich die Schleimhaut ebenfalls eine deutlich narbige Beschaffenheit und meist glatte Oberfläche besitzt; bei näherer Besichtigung erkennt man hier eine von rechts nach links verlaufende lineare Narbe von etwa 4 cm Länge, welche nach rechts bis in der Nähe der Mitte des grossen Zungenbeinhorns reicht, die ganze narbige Stelle ist verdünnt und bedingt seitlich eine grössere Beweglichkeit zwischen Zungenbein und Kehlkopf. Eine zweite, etwas strahlige Narbe mit vorwiegender Längsrichtung findet sich ziemlich genau an der Hinterwand des Pharynx (von 3 cm Länge und in der Mitte 6 mm Breite gegenüber dem Aditus laryngis), so dass der mittlere Theil der Narbe etwa in der Höhe des Hinterrandes des grossen Zungenbeinhornes liegt. Die Narbe durchsetzt die ganze Pharynxwand. Die Schleimhaut des Aditus laryngis, besonders die Gegend der Plica ary-epiglottica ist ödematös infiltrirt; in der Gegend des linken Processus

vocalis findet sich ein kleines fistulöses Geschwür, welches bis auf das Perichondrium sich erstreckt und aufgeworfene Ränder besitzt (tuberculöses Ulcus).

Die rechte Hälfte der Schilddrüse ist sehr stark vergrössert, eiförmig gestaltet, 11 cm lang, 62 cm dick, im oberen Theil 8 cm breit. Diese Geschwulst erstreckt sich nach aufwärts bis zum Ringknorpel, nach abwärts bis gegen die Theilungsstelle der Trachea; sie ist von der Umgebung durch eine feste Kapsel mit ziemlich glatter Oberfläche abgegrenzt, trägt aber an ihrem oberen Ende noch einen wohl erhaltenen Rest des ursprünglichen rechten Lappens der Schilddrüse, mit welchem die Geschwulst locker verbunden ist; der linke Lappen ist von gewöhnlicher Grösse, enthält aber im unteren Theil ebenfalls einen scharf abgegrenzten derben Knoten von Kirschgrösse. Auf dem Durchschnitt zeigt die sehr feste Geschwulst eine sehr dichte weissliche fibröse Masse, welche im Centrum ausgedehnte harte Verkalkungen und ausserdem zahlreiche glattwandige cystische Hohlräume von meist geringer Grösse einschliesst.

Nur an der Peripherie sind noch kleine Reste weichen grauröthlichen oder gelblichen Gewebes vorhanden, zeigt also ganz die Beschaffenheit einer alten Struma (fibrosa cystica petrificata), so auch bei der mikroskopischen Untersuchung; die Trachea ist stark nach links verdrängt, die rechte Seitenwand erheblich nach innen vorgebuchtet, das Lumen entsprechend seitlich eingeengt. Mikroskopisch finden sich nur in den noch weichen peripherischen Theilen erkennbare Reste von gewucherten, theilweise schlauchförmig ausgewachsenen Schilddrüsenfollikeln mit Colloidkörnern.

Aus diesem ausführlichen Befund, für den wir Herrn Prof. Marchand zu grossem Dank verpflichtet sind, geht mit Sicherheit hervor, dass Patient an der accidentellen Phthise gestorben, dass beim Tode, 9 Monate post operationem, weder ein locales Recidiv vorhanden war, noch eine Metastase constatirt werden konnte.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.